

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

—

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 novembre 1895, à 1 heure

Par J. MAUDET

Né à Langan (Ille-et-Vilaine), le 13 août 1860

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES DÉVIATIONS

ET DES

ACCIDENTS D'ÉVOLUTION TARDIVE

DE LA DENT DE SAGESSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. } RECLUS, professeur.
} TUFFIER, BROCA, agrégés.

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine 15

—
1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0023

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 novembre 1895, à 1 heure

Par J. MAUDET

Né à Langan (Ille-et-Vilaine), le 13 août 1860

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES DÉVIATIONS

ET DES

ACCIDENTS D'ÉVOLUTION TARDIVE

DE LA DENT DE SAGESSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { RECLUS, professeur.
 { TUFFIER, BROCA, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

15, RUE RACINE, 15

1895

FAC ULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNETHIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propos à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES DÉVIATIONS

ET DES

ACCIDENTS D'ÉVOLUTION TARDIVE

DE LA DENT DE SAGESSE

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études médicales à Lille de 1884 à 1886, nous avons eu le bonheur d'assister fréquemment dans ses opérations M. le professeur Rédier qui, en dehors de son cours de pathologie externe, s'occupe particulièrement des affections de la bouche et des dents. Sur ses conseils une observation intéressante de déviation et d'accidents de la dent de sagesse inférieure droite fut adressée par nous à la Société anatomo-clinique de Lille au mois de mars 1886.

Nous eûmes encore la bonne fortune d'en recueillir une autre au mois de juillet de la même année mais qui est restée inédite jusqu'à ce jour. Pendant notre pratique de neuf années nous nous sommes toujours intéressé spécialement aux maladies de la bouche et des dents et au mois de juin dernier nous avons été appelé à donner des soins à un malade qui a failli succomber aux accidents d'éruption de la dent de sagesse (Obs. n° IV). Cette question des accidents des dents de sagesse, de leur direction vicieuse, a donc spécialement attiré notre attention et nous n'hésitons pas en à faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons point la prétention d'écrire un travail de longue haleine et d'approfondir longuement un sujet, magistralement étudié par les maîtres, Magitot de Lille Rédier (de Lille), Dunogier de Bordeaux, dans les thèses de Toirac, Comoy et Cornudet, mais nous croyons bien faire d'apporter notre contingent à cette question et de publier les quelques observations que nous avons recueillies. Exerçant à la campagne depuis dix ans, nous avons eu souvent à nous louer d'avoir spécialement étudié la pathologie dentaire sur laquelle le praticien est appelé journellement à se prononcer. Nous comptons sur la bienveillance de nos juges pour excuser la modestie de ce travail exécuté au milieu des préoccupations de la clientèle.

HISTORIQUE

Un fait depuis longtemps signalé c'est que les dents de sagesse de la mâchoire supérieure donnent rarement lieu à des phénomènes morbides ; elles évoluent presque toujours sans bruit. Un peu de gonflement, un peu de trismus, une légère douleur et tout rentre dans l'ordre. Il n'en est pas de même pour la mâchoire inférieure. Fréquemment et d'après nos observations plus le malade est âgé, il se produit une série de phénomènes dont le retentissement se fait plus ou moins sentir selon les individus au point de compromettre parfois leur existence. Ces accidents dont Ambroise Paré, l'inventeur de la langue de carpe, semble connaître l'existence, n'ont été nettement signalés qu'au xvi^e siècle par Hémard dont le langage imagé répond parfaitement à la réalité. « Ces dents en leur sortie, dit-il, font une extrême douleur, laquelle abuse souvent les médecins et chirurgiens s'ils n'y sont bien avisés, d'autant qu'ils cuident que cette douleur se fasse par un rhume et de fluxion

sur les dents et pour ce regard, ordonnent remèdes purgatifs pour évacuer les causes de telle fluxion ; mais telle préparation se fait en vain, etc. » Au siècle suivant Fauchard et Hunter effleurent à peine le sujet. Jourdain, en 1778, s'étend davantage sur ce point, mais il faut arriver jusqu'à la thèse de Toirac en 1828 pour élucider la question par des faits d'une grande précision et des moyens thérapeutiques de quelque valeur. La thèse de Désirabode n'ajoute rien et il faut sauter à Magitot et à ses élèves, Comoy et Chevattu pour attirer l'attention de ce côté. Dès lors les indications sont rigoureusement formulées et précisées.

Cependant la question de la pathogénie des accidents de la dent de sagesse n'est pas encore complètement tranchée. Dunogier de Bordeaux est partisan de la théorie de la compression tout en admettant la possibilité de l'infection. Le professeur Rédier de Lille est partisan exclusif de la théorie microbienne. Une longue discussion a lieu sur ce sujet en 1892 à la Société de Chirurgie. La doctrine microbienne l'emporte sans nier cependant la possibilité des accidents de la compression.

Entre les deux théories un éclectisme judicieux doit guider le médecin ; ni l'une ni l'autre ne peuvent expliquer tous les faits, comme nous le verrons dans la suite.

Avant d'aborder l'étude des déviations de la dent de sagesse et le mécanisme de leur production avec les accidents qui les accompagnent, nous

emprunterons aux auteurs, Magitot et Legros, Testut, etc., les notions d'anatomie indispensables pour comprendre les phénomènes pathologiques dont nous parlerons ensuite.

ANATOMIE

La dent de sagesse se développe et fait éruption bien longtemps après les autres dents. « Avicenne, d'après Hémard, tient avec la plupart des anciens, que les quatre dernières dents sont poussées hors des gencives au temps que l'homme commence d'entrer en sa gaillardise et de se rendre apte à la génération... il les appelle dents de prudence et de discrétion ».

D'après la loi de Pruner-Bey, les molaires vont en diminuant de volume de la première à la dernière. Chez les blancs les molaires vont régulièrement en décroissant d'après cette loi.

Chez les blancs encore les racines sont généralement réunies en un tronc unique.

Pour ce qui concerne l'époque de l'apparition elle paraît être beaucoup plus précoce chez les sauvages que chez les peuples civilisés. Les médecins et les voyageurs qui ont vécu chez ces peuples n'ont jamais noté d'accident des dents de sagesse.

Chez les blancs les différentes évolutions de ces dents sont bien connues depuis les travaux de Magitot et Legros. Elles sont contenues pour le maxillaire inférieur dans un squelette osseux constitué par la partie du bord supérieur du maxillaire qui est limitée en avant par l'alvéole où se loge la deuxième grosse molaire, en arrière par le bord antérieur de la branche montante du maxillaire. Cette branche se prolonge en haut par l'apophyse coronoïde qui donne insertion au muscle temporal. A ce niveau le bord supérieur du corps maxillaire présente une gouttière dont les limites confondues en haut s'écartent, en descendant pour se continuer avec des lignes obliques situées sur les faces interne et externe. Selon que la branche montante se dirige plus ou moins verticalement, l'espace destiné à recevoir la troisième grosse molaire est plus ou moins vaste. Cette condition varie selon les races, les sexes et l'état de culture intellectuelle. La branche gauche est moins longue que la droite. Le rebord alvéolaire (c'est le contraire de ce qui se passe pour le maxillaire supérieur) présente une courbure non en saillie, formant avec l'apophyse coronoïde un angle rentrant. Au maxillaire inférieur, qui seul nous occupe, la muqueuse revêt toute l'étendue du périoste intimement et se continue avec la muqueuse bucco-pharyngée. Voici brièvement décrite la place occupée par les dents de sagesse sur le maxillaire inférieur. Voyons maintenant comment et à quelle époque

se développent ces organes. C'est, toujours d'après Magitot et Legros, vers la quatrième année qu'on peut en apercevoir le premier bourgeon. La première ébauche du follicule apparaît par un cordon émanant de la couche épithéliale de la muqueuse gingivale. Seulement il arrive que forcé de se développer dans un espace très restreint, entre la deuxième grosse molaire et l'apophyse coronôide, son évolution se fait très lentement. A ce sujet, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les données que nous fournit pour la dent de sagesse un tableau synoptique de l'évolution du système dentaire, emprunté aux auteurs dont nous parlons plus haut :

1° Apparition du germe ou de l'organe de l'émail, troisième ou quatrième année ;

2° Apparition du bulbe, septième année ;

3° Apparition de la paroi folliculaire, septième année ;

4° Clôture du follicule et rupture du cordon, huitième année ;

5° Apparition du chapeau de dentine, douzième année ;

6. Epoque d'éruption de 18 à 25 ans.

L'évolution de la dent en général se fait en trois périodes, embryoplastique, odonplastique et coronaire. A cette dernière période la couronne de la dent est complètement formée ; elle s'étend jusqu'à la base de la pulpe et atteint le niveau de l'insertion circulaire du col du follicule de cette base.

Cette limite, que la couronne ne peut dépasser, constitue le collet de la dent et l'on voit, à ce moment, la base de la pulpe, le collet de la dent et le col du follicule situés exactement sur le même niveau.

Alors commence la phase radiculaire, on voit le collet de la dent s'élever au-dessus du follicule, à mesure que la racine se forme. Mais la pulpe ne pouvant plus s'accroître en largeur, grandit exclusivement dans le sens de la hauteur, se recouvre d'ivoire et de ciment et constitue la dent. L'allongement de cette dernière ne peut plus s'effectuer sans entraîner de grandes conséquences. En effet, l'espace occupé primitivement par la dent, lorsque sa couronne seule est formée, devient trop restreint ; d'autre part la racine ne pouvant s'enfermer dans le maxillaire où elle rencontre un tissu osseux résistant, communique à la dent toute entière un mouvement lent de translation vers la gencive. De la sorte la racine prend dans l'alvéole la place qu'y occupait la couronne et celle-ci traverse tout à la fois la gencive et la paroi folliculaire pour faire saillie sur le bord alvéolaire. Ainsi se produit l'éruption, la seule période d'évolution qui nous intéresse, car c'est à ce moment que la dent prend une fausse route, une position vicieuse.

L'éruption de la dent de sagesse se fait, avons-nous dit, entre 18 et 25 ans ; mais assez fréquemment elle a lieu à un âge plus avancé comme nous le verrons aux observations. Dunogier rapporte le

cas d'un colonel en retraite dont la dent de sagesse apparut à l'âge de 60 ans. Toirac cite le cas plus intéressant encore d'une femme de 103 ans dont il fit la dissection et dans le maxillaire de laquelle il trouva une dent de sagesse en pleine évolution.

Cet exemple est frappant et doit commander au médecin une grande prudence de diagnostic : Ce retard peut d'ailleurs être considéré comme un bonheur, car à un âge avancé la deuxième molaire a des chances d'avoir disparu et ne gênera plus la dent de sagesse dans son évolution.

Il y a des personnes qui n'ont point de dent de sagesse ; l'hérédité sur ce point joue un grand rôle d'après Magitot. Gorundet raconte dans sa thèse qu'il a connu une dame de 75 ans, sa fille âgée de 53 ans, son fils âgé de 33 ans et qui n'avaient ni les uns ni les autres, de dent de sagesse. Au moment de l'éruption, la couronne dentaire est complètement formée, mais les racines ne le sont pas encore.

C'est par l'accroissement progressif de celles-ci que s'effectue la sortie de la couronne hors de la mâchoire :

Si donc la couronne émet des prolongements radiculaires, ne pouvant traverser l'alvéole forcément elle sera repoussée au dehors dans les mêmes proportions que l'accroissement des racines. Tel est le mécanisme de l'éruption. La dent n'a plus qu'un pas à franchir pour arriver à l'extérieur. D'ailleurs au moment de la perforation, la gencive primitivement dure, solide et blanchâtre,

se gonfle, se ramollit et devient très sensible ; elle se rétracte sur elle-même quand la couronne est apparue au dehors. Quant à la partie du sac qui persiste du collet et de la racine, elle devient le périoste alvéolo-dentaire.

Nous dirons ici quelques mots de la théorie de Magitot qui a une tendance à faire des rapports de la dent avec l'alvéole une articulation dont le périoste serait le ligament. Cette théorie reconnue par les anatomistes a été combattue en 1892 par Verneuil à la Société de Chirurgie. Aujourd'hui, d'après Magitot, on ne devrait plus dire périostite alvéolo-dentaire, mais *arthrite alvéolo-dentaire*. L'avantage qu'on retirera de ce néologisme sera surtout de la confusion de langage.

Les caractères morphologiques de la dent de sagesse sont assez particuliers. Sa couronne est légèrement cuboïde et présente quatre faces : l'antérieure et la postérieure sont lisses et arrondies. La face supérieure ou triturante est arrivée par un nombre variable de cuspides, ordinairement au nombre de quatre. Les racines sont le plus souvent au nombre de deux et affectent presque toujours la forme d'un faisceau conique légèrement recourbé en crochet.

La nutrition de ces organes se fait par l'intermédiaire des vaisseaux et des nerfs dentaires inférieurs qui sont en rapport immédiat avec la dent de sagesse. Mais outre ses rapports immédiats, la dent en a de plus éloignés, non moins

intéressants. Par l'intermédiaire de l'os qui la contient elle est en rapport avec le masséter et le ptérigoïdien interne qui s'insèrent sur le maxillaire inférieur. On comprendra dès lors que l'inflammation du périoste ou de l'os puisse gagner les muscles qui sont en relation directe avec eux.

La constriction des mâchoires, le trismus, en sont la conséquence, et les faits démontrent que cet accident est très fréquent.

Citons encore, comme pouvant recevoir, par leurs rapports anatomiques, le contre-coup des affections des dents de sagesse, la joue, la parotide, la langue, les amygdales et les parois du pharynx et du larynx.

DEVIATIONS ET ACCIDENTS

Nous connaissons l'anatomie normale de la dent de sagesse inférieure ; malheureusement cette dernière est souvent trop limitée par l'espace que lui laisse en avant la deuxième grosse molaire, en arrière l'apophyse coronoïde, en dedans et en dehors les arcades dentaires. Qu'arrive-t-il alors ? la dent prend une position vicieuse, elle perd sa route et essaie de se frayer un chemin du côté le moins résistant. C'est à ces déviations que sont dus les accidents divers dont nous parlerons plus tard lorsque nous aurons dit quelques mots des différentes variations de déviations.

D'après leur direction on divise les déviations de la dent de sagesse inférieure en quatre variétés principales :

Déviations en avant

« en arrière

« en dedans

« en dehors

M. Richet explique le mécanisme de toutes les déviations de la dent de sagesse par le défaut de place qui se résumerait dans les trois propositions suivantes :

1° Il y a déviation quand il y a arrêt de développement du maxillaire inférieur dans le sens antéro-postérieur.

2° Il y a déviation par excès de volume de la dent de sagesse ou de la deuxième molaire ;

3° Il y a déviation quant l'apophyse coronoïde forme avec l'arc alvéolaire un angle aigu au lieu d'un angle obtus.

Quant aux conséquences pathologiques propres à chacune d'elles, elles se résument ainsi :

1° Les déviations en dedans et en dehors amènent des désordres des parties molles ;

2° Les déviations en avant et en arrière ont pour conséquence les accidents osseux. Toutes les déviations n'ont pas la même fréquence. On les rencontre dans l'ordre suivant :

Déviations en dehors

« en avant

« en arrière

« en dedans

Les déviations en dehors sont plus fréquentes à elles seules que toutes les autres variétés réunies. Si l'on examine les déviations de la dent de sagesse au point de vue de la gravité, on doit classer dans l'ordre suivant :

Déviations en avant

« en arrière

« en dehors

« en dedans

D'où nous concluons que les accidents osseux

de la dent de sagesse inférieure sont de beaucoup plus graves que les accidents des parties molles.

Nous allons maintenant étudier les divers accidents produits par les diverses déviations de la dent de sagesse inférieure.

Magitot les divise en trois catégories :

- 1^o Accidents muqueux ;
- 2^o Accidents osseux ;
- 3^o Accidents nerveux.

Dans la première catégorie il range la gingivostomatite simple ulcéreuse, ulcéro-membraneuse, fongueuse. Il ajoute les foyers purulents tous muqueux.

Dans les accidents osseux il range l'ostéite, les phlegmons de l'angle de la mâchoire, les rétractions musculaires, les fistules cutanées.

De ces divers accidents le malade éprouve un sentiment de gêne au fond de la bouche, une douleur sourde, la muqueuse se gonfle, rougit ; se tend et se perfore ou s'ulcère. En même temps apparaît la gingivite qui ne reste pas seulement localisée mais gagne souvent tout le côté malade.

Dans ces accidents le mal débute ordinairement d'une façon subite ; toute la région de l'angle de la mâchoire devient le siège d'un gonflement douloureux ayant tous les caractères inflammatoires. Le mal parti du périoste qu'il décolle quelquefois sur une grande étendue, envahit les muscles et les vaisseaux. Il arrive souvent que le maxillaire se nécrose. Toup à coup (cas de Gaujot cité par Che-

vassu), surviennent les phénomènes les plus graves de l'ostéite infectieuse.

Les accidents nerveux sont caractérisés par des névralgies localisées à la région malade ou qui se généralisant à toute la tête amènent le délire. A la suite de ces accidents surviennent des paralysies des tics convulsifs qui peuvent même persister, comme nous l'avons vu chez une jeune fille de 17 ans après la disparition des accidents de la dent de sagesse.

Aux accidents de dent de sagesse on doit aussi rattacher les grands processus morbides d'origine dentaire décrits par MM. Gérard-Marchand, Le Fort, Simon, Nélaton, qui se présentent sous forme de phlegmon diffus, phlegmons circonscrits et que Magitot qualifie du nom synthétique d'arthrites alvéolaires.

Pour Magitot, l'arthrite alvéolaire sans carie préalable résume tous les accidents de la dent de sagesse. Les anciennes idées de périoste et de périostite doivent être abandonnées. Il s'agit ici d'une articulation véritable, et dès lors le terme d'arthrite s'impose aux manifestations inflammatoires dont l'alvéole est le siège. Dans tous les accidents de dent de sagesse, nous sommes en présence d'arthrite, tantôt simple d'acuité moyenne et se terminant promptement par la guérison, tantôt avec des allures graves et tapageuses pouvant entraîner rapidement la mort des individus.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Deux théories sont en présence pour expliquer les accidents de la dent de sagesse. La théorie de la compression, la théorie microbienne. La théorie de la compression est la plus ancienne et la seule qui existait avant les travaux de Pasteur. Au xvi^e siècle, Hémard définit ainsi les accidents de compression de la dent de sagesse en disant que « la douleur procède de la forte tension de la gencive qui ne peut être percée de la dicte dent. » Tous les auteurs jusqu'à l'avènement de la connaissance des microorganismes infectieux soutiennent la même thèse.

Aujourd'hui encore Dunogier, de Bordeaux, fort compétent sur les questions dentaires, est grand partisan de la théorie mécanique. Redier de Lille au contraire soutient depuis longtemps, comme on peut le voir dans la thèse de Cornudet que tous les accidents de la dent de sagesse ont pour cause l'élément infectieux. Galippe est peut-être allé trop loin quand il a affirmé à la suite de ses recherches

bactériologiques que ces accidents infectieux seraient contagieux. Nous n'entrerons pas dans le détail de ces travaux intéressants, qu'il nous suffise de dire que Galippe a isolé un diplocoque extrêmement fin, se transformant dans les cultures en bâtonnet et liquéfiant la gélatine. Nous ajouterons que ce parasite qui a une prédilection marquée pour le tissu osseux, se retrouve dans les éléments du ciment et jusque dans la dentine. D'autres nombreux microorganismes se trouvent encore dans la bouche et surtout dans le tartre et les caries. On y a trouvé des staphylocoques, des streptocoques, le bacille de Koch, le bacille de l'érysipèle des pneumocoques. M. Welter a trouvé le streptococcus pyogenes dans la salive de sujets sains. Mais pour que ces différents organismes puissent produire tous les désordres que Magitot embrasse sous le nom d'arthrite alvéolaire, il faut une porte d'entrée. Au premier rang, il faut ranger la carie dentaire du deuxième ou du troisième degré. C'est quelquefois le traitement de la carie qui provoque les accidents. Un pansement inopportun, une tentative d'extraction maladroite peut amener des complications mortelles. Magitot et Dumont dans sa thèse en citent plusieurs exemples. Les plaies et les ulcérations de la gencive sont fréquemment encore une porte d'entrée à l'élément infectieux.

En résumé, nous croyons avec Rédier et Magitot à la théorie septique dans la traduction des

accidents de la dent de sagesse. Avec Magitot nous admettrons cependant qu'à leur début la compression joue un grand rôle. Nous dirons même avec Dunogier et son élève Pitot, que les accidents de compression sont fréquents, mais ces accidents sont légers, analogues à ceux produits à l'éruption de la dent de sagesse supérieure. Il nous a été donné dernièrement d'en voir un exemple chez une jeune dame de 26 ans dont les dents de sagesse inférieures et supérieures ont évolué sans suppuration, bien qu'il y eut un gonflement considérable au niveau des angles des mâchoires. Il faut dire que cette dame avait les gencives et les dents très saines. Les deux théories, loin de se neutraliser et de s'exclure, se complètent lorsque la dent de sagesse cherche une issue dans sa place insuffisante à la recevoir, elle soulève tout d'abord la muqueuse jusque-là saine, mais celle-ci triturée par les dents de la mâchoire opposée, s'enflamme, s'ulcère et devient un foyer septique, une porte d'entrée aux éléments infectieux qui gagnent les régions profondes et déterminent les divers accidents de l'arthrite alvéolaire.

TRAITEMENT

Nous connaissons l'étiologie et la pathogénie des déviations et de leurs accidents. Nous savons que nous sommes en présence des deux ennemis qu'il faut détruire : la dent qu'il faut enlever, le foyer infectieux qu'il faut nettoyer si les accidents présentent une gravité inquiétante. Les difficultés d'extraction de la dent de sagesse en déviation sont souvent très grandes par suite de l'engrenage qu'elle forme fréquemment avec la deuxième grosse molaire. Dans ce cas le médecin est ordinairement obligé d'enlever préalablement la deuxième molaire comme nous le verrons dans les observations. C'était déjà la pratique de Toirac et nous-même dans un cas y avons eu recours avec succès. Il arrive fréquemment aussi que les accidents de la dent de sagesse sont accompagnés d'un gonflement prononcé de la muqueuse, d'abcès gingivaux. Il faut alors largement détruire cette muqueuse, supprimer l'obstacle à l'éruption et transformer ce clapier en une plaie ouverte par où la dent et le

pus pourront sortir. La désinfection de la région est alors beaucoup plus facile. Pour cela il faut laisser le bistouri de côté, et comme le conseille Dunogier de Bordeaux avoir recours au galvanocautère. Une fois la muqueuse détruite, le médecin se rend compte de la position de la dent, si elle est en déviation il devra l'extraire comme le faisait déjà Ambroise Paré avec le vieil instrument qu'il inventa et qu'on désigne sous le nom de langue de carpe. Notre maître le professeur Rédier se sert d'un instrument spécial pour cette opération. C'est un davier dont les mors sont inclinés de 40° et façonnés en coins. Il est décrit dans la thèse de Cornudet avec figures à l'appui et plusieurs fois nous avons été témoin de son heureux emploi.

L'extraction de la dent cause de tout le mal, suppose que le malade peut ouvrir la bouche. S'il y a une énorme tuméfaction de la joue, un trismus complet, un abcès, un phlegmon avant de pratiquer l'avulsion de la dent, il faudra au préalable ouvrir au bistouri les foyers purulents, les vider et faire de grands lavages antiseptiques. Cette opération terminée on procède ensuite à la seconde sous le chloroforme ou l'éther. Dans ces conditions, si le médecin est demandé à temps, s'il prend lui-même une prompte décision, s'il intervient énergiquement il arrivera rapidement à guérir son malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Mars 1886.

(Journal des sciences médicales de Lille).

Dent de sagesse poussant horizontalement d'arrière en avant, dont la couronne s'engrène dans la deuxième molaire. Difficultés d'extraction.

Joseph X..., âgé de 35 ans, se présente au dispensaire de M. le professeur Rédier au mois de Janvier 1886 avec des accidents qu'il attribue à l'éruption de sa dent de sagesse inférieure droite. Ces accidents sont caractérisés par une inflammation modérée de la région malade.

Après examen, et, sur les instances du sujet, M. Rédier décide qu'il y a lieu d'extraire la dent de sagesse que l'on aperçoit encore recouverte d'un chapeau de muqueuse tuméfié et à bords ulcérés. Sans pouvoir se rendre un compte très exact de la situation de cette dent, elle semble couchée en antéversion à peu près horizontalement de façon que la couronne vient s'appuyer sur la deuxième molaire. Des efforts d'extraction sont

faits à l'aide d'un davier et ne donnent d'abord aucun résultat. Après plusieurs tentatives, la seconde molaire semble céder en même temps que la dent de sagesse, bien que l'instrument ne prenne sur elle aucun point d'appui. M. Rédier, prévoyant la complication, se décide à enlever cette dernière pour faciliter l'extraction de la troisième. Dans l'effort fait pour enlever la dent, la troisième molaire est extraite du même coup.

L'examen des deux organes révèle alors les particularités suivantes fort rares, qui expliquent les difficultés de l'opération : la dent de sagesse effectivement couchée en antéverson, avait déterminé par compression une résorption partielle de la racine postérieure de la deuxième molaire et s'était logée dans l'encoche résultant de cette résorption, de sorte qu'elle était enclavée entre celle-ci et la branche montante du maxillaire dans une situation immuable comme on peut s'en rendre compte par l'examen de la pièce.

OBSERVATION II (personnelle).

Dent en rétroversion oblique par rapport au maxillaire.

Le 5 juillet 1886, la nommée Eugénie T..., âgée de 36 ans, est amenée en voiture au dispensaire de M. Rédier. Elle raconte qu'elle est prise depuis plusieurs jours d'une douleur sourde allant de l'angle de la mâchoire à la ligne médiane et devenant de plus en plus vive. Perte de l'appétit, insomnie, fièvre modérée. La malade présente un gonflement considérable de la joue droite avec trismus complet. M. Rédier lui conseille alors de revenir le lendemain matin au dispensaire pour se faire endor-

mir. Je suis chargé de donner le chloroforme. A part quelques menaces d'asphyxie pendant la période d'excitation, l'anesthésie est obtenue sans difficultés. M. Rédier pratique facilement l'écartement des mâchoires avec l'ouvre-bouche. Au fond de la bouche à droite gonflement moyen de la muqueuse ulcérée. La deuxième grosse molaire est également douloureuse à la percussion. La dent de sagesse paraît en rétroversion oblique comme il est facile de s'en rendre compte par le toucher. L'extraction au davier n'offre aucune difficulté. Un collutoire antiseptique est administré à la malade qui revient cinq jours après complètement guérie. La deuxième grosse molaire n'est plus douloureuse.

OBSERVATION III

Accidents de l'éruption de la dent de sagesse inférieure gauche. Antéversion oblique : phlegmon de l'angle des mâchoires. Occlusion de la bouche. Extraction sous le chloroforme (Delacour, *Journal des sciences médicales de Lille*, 1892).

Mme D..., âgée de 39 ans, est prise, au commencement du mois de juin 1892, dans la région des grosses molaires inférieures gauches, près de l'angle de la mâchoire, de douleurs très vives, lancinantes, continues, avec exacerbation pendant la nuit.

En même temps, la deuxième molaire paraît allongée, est douloureuse à la pression, à la succion, sensible aux températures extrêmes.

Toutes ces particularités, la localisation précise de la dou-

leur et ses caractères, indiquent qu'on est en présence d'une carie pénétrante compliquée d'arthrite alvéolo-dentaire. De plus la malade se rend très bien compte de l'éruption de la dent de sagesse du côté douloureux. Elle aurait senti pour la première fois, il y a 8 ans, l'extrémité de cette dent qui, depuis lors, n'aurait pas dépassé le rebord gingival. Ce ne serait que depuis l'apparition de sa douleur qu'elle aurait acquis son plein développement.

Trois ou quatre jours après le début de l'affection, la malade s'adresse à un dentiste, qui essaie sur elle à plusieurs reprises, sans y parvenir, l'extraction de cette dent de sagesse.

Cette manœuvre opératoire fut presque aussitôt suivie d'une tuméfaction considérable de la région correspondante, avec douleurs atroces et fièvre.

Le lendemain, application de sangsues vers l'angle de la mâchoire. La douleur et la tuméfaction diminuent.

Cet état reste stationnaire pendant quinze jours. La malade s'aperçoit alors qu'elle crache du pus en assez grande abondance. Ce pus semble provenir du pourtour de la deuxième molaire inférieure gauche et de la dent de sagesse du même côté.

Puis brusquement, les douleurs deviennent plus intenses, la tuméfaction augmente de volume, est très douloureuse à la pression. La fièvre est forte : en somme tous les symptômes du phlegmon.

En même temps, occlusion prononcée des mâchoires et la malade peut à peine prendre des aliments, même liquides.

C'est alors qu'elle s'adresse à M. le professeur Rédier. Elle présente en arrière et au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, une tuméfaction dure, rénitente, de coloration rouge violacé, ayant pour limites : en haut, le conduit auditif externe, la partie postérieure de l'arcade zygomatique, la branche montante

du maxillaire. Elle s'étend, en bas, jusqu'à un ou deux travers de doigt au-dessous du rebord inférieur du maxillaire.

La fluctuation est douteuse. Elle ne permettrait pas, à elle seule, d'affirmer l'existence d'un foyer purulent, s'il n'y avait d'autres symptômes généraux et locaux excluant toute autre hypothèse. Immobilisation presque absolue du maxillaire inférieur. L'examen de la bouche ne pouvant être pratiqué à cause de l'occlusion de l'ouverture buccale, M. Rédier conseille la chloroformisation.

La malade est endormie le 8 juillet 1892, à l'aide de l'appareil à chloroformer de M. Rédier. L'anesthésie est obtenue avec une extrême facilité en 8 minutes après administration de 8 grammes de chloroforme. Une incision profonde, partant de l'angle du maxillaire inférieur et pratiquée suivant une direction parallèle au bord inférieur de l'os, donne issue à une goutte ou deux de pus. Une sonde métallique, introduite par l'incision, aboutit à un foyer purulent situé en dedans et au-dessous de l'alvéole correspondant à la dent de sagesse. Cette opération donne lieu à l'issue d'une quantité de pus considérable.

L'écartement des mâchoires est pratiqué, sans trop de difficultés, à l'aide de l'écarteur, pendant cette ouverture forcée de la bouche le pus s'écoule en plus grande abondance.

On s'aperçoit tout d'abord que la dent de sagesse occupe une situation anormale; elle est couchée presque horizontalement sur le rebord alvéolaire du maxillaire, dans une direction presque parallèle à ce bord, de telle sorte que la couronne de la dent est appliquée contre la face postérieure de sa voisine. La dent de sagesse est entourée d'un rebord gingival rouge, tuméfié, d'où s'écoule du pus. L'extraction de la deuxième molaire, faite par M. Rédier comme opération préliminaire, entraîne avec elle la dent de sagesse, à laquelle elle reste unie par un lambeau de ligament.

Les alvéoles des deux dents extraites sont remplies de pus, de détritits putrides.

La face postérieure de la neuvième molaire présente, précisément au point de contact des deux dents, un foyer de carie formant une cavité circulaire de 5 à 6 millimètres de diamètre ; dans cette cavité se trouve comme encastrée une partie de la couronne de la dent de sagesse. Celle-ci présente, au niveau du point de contact avec la précédente, un point de carie non pénétrante.

Léger pansement de la plaie externe ; guérison rapide.

OBSERVATION IV (personnelle).

Déviatio*n* en dedans.

Je suis appelé, le 25 juin 1895, auprès du nommé Pierre D..., âgé de 38 ans. Le malade a passé une mauvaise nuit en proie au délire.

Il est couvert de sueurs, température 39°,5, pouls petit et rapide à 130. Les accidents, me raconte-t-on, remontent à une huitaine de jours.

Toute la face du côté gauche du milieu de la mâchoire jusqu'au-dessous de l'arcade zygomatique les paupières, le cou, sont oedématisés. On sent très nettement la fluctuation au niveau de l'angle de la mâchoire.

Je pratique une incision profonde d'où s'échappe une assez grande quantité d'un pus horriblement fétide et mal lié. Le malade est soulagé et peut ouvrir la bouche avec un écartement de 1 centimètre. Après un grand lavage de la poche avec une

solution de permanganate de potasse j'applique un pansement antiseptique sur la plaie, et je quitte le malade très affaibli à qui je donne une potion à l'extrait de quinquina et du bouillon. Je reviens le lendemain 26, le malade a eu une meilleure nuit, il s'est écoulé une assez grande quantité de pus, le trismus a grandement diminué et le sujet peut ouvrir la bouche avec un écartement des mâchoires de 3 à 4 centimètres. C'est alors que j'aperçois au fond de la bouche la dent de sagesse du côté gauche incomplètement dégagée de la muqueuse et la couronne saillante en dedans.

La muqueuse est débridée au bistouri et je puis passer ma clef de Garangeot et extraire la dent.

OBSERVATION V

Mauvaise évolution d'une dent de sagesse inférieure. Abscess du cerveau. Mort.

Observation de M. Piéchaud.

Nicolas D..., 33 ans, garçon glacier, entre le 12 décembre 1877, dans le service de M. le professeur Richet. Ce malade présente sur le côté de la face une tuméfaction assez considérable qui s'étend du bord inférieur de la mâchoire inférieure jusqu'à la région oculaire, sans l'envahir cependant. Il n'existe point de gonflement au-dessus et en arrière de l'oreille correspondante.

A première vue l'état général paraît bon, mais peu de temps après son admission le malade est pris d'un violent frisson.

Le soir il ne tremble plus. Délire la nuit.

Le 13, M. Richet constate les signes extérieurs déjà mention-

nés. La tuméfaction est rouge. L'écartement des mâchoires est difficile; cependant, on peut, en aidant les efforts que fait le malade, arriver à introduire une spatule sur la langue et à explorer le pharynx.

Du côté correspondant, l'arrière-gorge est tuméfiée, est rouge et criblée de points blancs dus à l'engorgement des cryptes de cet organe.

Le doigt introduit dans la bouche arrive facilement sur la dernière molaire supérieure; mais sur le maxillaire inférieur on contourne avec peine la dernière molaire qui se perd au milieu de la muqueuse tuméfiée.

M. Richet, avec un bistouri à lame étroite, pratique vers le milieu de la joue une simple ponction.

Il n'y a pas de pus.

Le 14, le malade a de petits frissons, des douleurs de tête. En présence de ces faits, M. Richet pense que le malade est sous l'influence d'une intoxication par le pus et il ordonne du sulfate de quinine.

Le malade meurt dans le coma le 31 décembre au soir.

Autopsie. — Absès de la fosse ptérygo-maxillaire commençant d'une part avec le périoste dénudé du maxillaire inférieur au niveau de la dent de sagesse, d'autre part avec les sinus de la base du crâne, détruisant une grande partie de l'hémisphère du même côté et s'ouvrant enfin dans le troisième ventricule.

OBSERVATION VI

Dent de sagesse poussant de dehors en dedans du côté de la langue et y déterminant une ulcération d'apparence syphilitique (Toirac).

M. M..., ancien officier d'artillerie, 45 ans, vint à Paris dans l'intention de se faire traiter de la syphilis, affection qu'il avait contractée dans ses campagnes et dont il se croyait mal guéri.

Depuis plusieurs mois il lui était survenu à la base de la langue, du côté gauche, une ulcération qui rendait fort pénibles tous les mouvements de cet organe. La mastication était parfois tellement douloureuse qu'il était obligé de se lever de table sans pouvoir manger. Le traitement mercuriel, loin de guérir le mal, en augmente l'intensité. On suspendit entièrement le mercure, et la bouche, au bout de quelque temps, se trouva à peu près dans l'état où elle était lorsque M. M... quitta sa province.

C'est à cette époque que je le vis.

Après avoir fortement déprimé la langue à gauche au moyen d'une spatule, j'aperçus l'ulcération, le pourtour en était gonflé, la couleur d'un gris sale. Ce n'est qu'avec peine que je parvins à découvrir la dent de sagesse qui était recouverte par une portion flottante de la gencive. Cette dent, poussant dans une direction anormale et se trouvant en contact avec la base de la langue, avait déterminé la maladie en question. J'essayai de l'extraire, elle se brisa, mais heureusement de manière que la portion de la racine qui restait ne pouvait plus se trouver en rapport avec la langue. Quelques jours après, M. M... était entièrement guéri.

OBSERVATION VII

Ostéo-périostite suppurée du maxillaire inférieur (côté gauche),
causée par éruption de la dent de sagesse. Déviation en dedans.
Guérison après extraction (Dunogier, 1893).

Madame X..., 32 ans, n'a fait aucune maladie grave pendant son enfance ; mariée jeune, elle a eu une grossesse pénible qui l'a laissée profondément anémiée. Trois ans auparavant à la suite d'une promenade en voiture, elle fut prise d'un mal de gorge léger et, presque aussitôt, le maxillaire inférieur devint le siège d'un gonflement au niveau de la première molaire. On lui conseilla de faire extraire cette molaire, mais l'extraction lui en fut refusée par trois dentistes qui affirmèrent que la dent était saine.

Néanmoins, le gonflement prit peu à peu des proportions plus grandes et finit par aboutir vers le quinzième jour à un phlegmon étendu. Un mois seulement après l'ouverture du phlegmon, la malade alla revoir son dentiste pour en finir avec la dent incriminée. Celle-ci s'étant brisée, on laissa en place les racines. La patiente supporta cette extraction incomplète durant six mois avec des alternatives de rémission et d'exacerbation coïncidant avec l'époque de ses règles.

De guerre lasse, elle se décida à recourir aux soins d'un spécialiste qui fit l'avulsion des racines nageant dans le pus. Pendant quelques jours, tout sembla marcher à souhait, malgré qu'il persistât un peu d'écoulement purulent ; le gonflement fut un certain temps sans se reproduire, puis l'affection reprit son ancienne allure.

Trois mois après, elle revenait avec une fluxion siégeant au même niveau. Le spécialiste qui l'avait déjà soignée introduisit une sonde dans la plaie alvéolaire non encore refermée, rencontra un corps dur et glissant ; la dent de sagesse manquant à sa place habituelle, il en conclut que c'était elle.

Lorsque la malade fut présentée au Dr Dunogier, en mars 1892, on distinguait nettement les tubercules externes d'une grosse molaire. D'ailleurs le reste de la dentition était relativement bon ; la rangée du côté droit de la mâchoire inférieure était au grand complet, sans carie ; à gauche au contraire il manquait une dent, celle que l'on connaît. A ce niveau, le bord alvéolaire avait complètement disparu ; les deux dents voisines étaient inclinées l'une vers l'autre ; elles n'étaient pas cariées, n'étaient pas ébranlées et restaient parfaitement insensibles à la percussion.

Au fond de l'espace limité par elles, on apercevait, blancs, brillants, nacrés, les deux tubercules externes d'une dent, puis soulevant légèrement la gencive à la partie interne, deux autres tubercules appartenant à cette même dent ; dès lors, il était évident que cette couronne était celle d'une grosse molaire, et pour les raisons indiquées plus haut, bien que le cas n'eût pas été signalé encore, il n'était plus douteux que cette molaire n'était autre que la dent de sagesse.

L'extraction proposée ne fut pas acceptée sur le moment, mais pratiquée quelques mois après : on souleva alors la dent à l'aide d'un élévateur droit, puis elle fut amenée à l'extérieur avec une sonde recourbée. A l'examen de la dent extraite, on constata, chose remarquable, la disparition presque complète de l'ivoire. En certains points, notamment au niveau du collet, il ne restait plus que l'émail de l'épaisseur d'une feuille de papier. Au niveau du collet, sur la face externe, se trouvait un petit pertuis qui a dû servir de porte d'entrée au pus que l'on consi-

dère comme le véritable agent destructeur de la dentine et de la pulpe ; l'émail et le ciment, au contraire, ont été absolument respectés. Les racines soudées ensemble étaient nécrosées dans leur plus grande étendue.

Les suites de l'opération ont été excellentes.

CONCLUSIONS

De ces faits cliniques nous pouvons tirer plusieurs remarques intéressantes :

1° D'abord l'évolution tardive de la dent de sagesse dans nos sept observations et les accidents consécutifs à cette évolution ;

2° Dans les cas de phlegmon de l'angle des mâchoires, de la région præparotidienne, il faut toujours songer, même chez les personnes d'un âge relativement avancé à des accidents ayant pour cause une évolution anormale de la dent de sagesse ;

3° L'intervention doit être rapide, antiseptiquement pratiquée et radicale ; enlever la dent de sagesse aussitôt que possible, et sous le chloroforme s'il existe du trismus.

4° La gravité des divers accidents que nous avons signalés doit placer l'art dentaire dans un

bon rang parmi les diverses branches de la chirurgie et nous concluons avec Magitot que tout dentiste devrait être médecin et tout médecin quelque peu dentiste.

Vu par le président de la thèse,

TILLAUX.

Vu : le doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CHEVASSU. — De quelques accidents de la dent de sagesse. Thèse, Paris, 1877.
- CORNOY. — Des déviations de la dent de sagesse inférieure et de leurs accidents. Paris, 1876.
- CORNUDET. — De la dent de sagesse et des accidents provoqués par son éruption. Thèse de Paris, 1887.
- DUNOGIER. — Société de médecine et de pharmacie de Bordeaux.
- DÉSIRABODE. — Des accidents de la dent de sagesse. Paris, 1830. Thèse.
- MAGITOT. — Contribution à l'étude des accidents de la dent de sagesse. Paris, Baillière, 1867.
- Société de Chirurgie de Paris, 27 juillet 1892.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, t. III.
- RÉDIER. — Kyste dentaire. Lille. Journal des Sciences médicales, 1881.
- TOIRAC. — Thèse Paris, 1829.

